

University of Groningen

De kwaliteit van verwijzingen

Engelsman, Carla; Geertsema, Albert

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1994

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Engelsman, C., & Geertsema, A. (1994). *De kwaliteit van verwijzingen*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

7 HET HANDELEN VAN DE SPECIALIST

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat er gebeurt vanaf het moment dat de patiënt voor de eerste keer bij de specialist komt tot en met de afronding van de specialistische zorg (of 3 maanden na het eerste consult). Centraal in dit hoofdstuk staat de doelmatigheid van het handelen van de specialist

In 7.2 worden de beleidsmotieven van de specialist beschreven en in 7.3 de aard/ernst van de klachten op het tweede meetmoment. Na een beschrijving van de verrichtingen van de specialist (7.4) wordt een oordeel over de doelmatigheid van het handelen van de specialist gegeven, bestaande uit twee aspecten. Ten eerste de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist op diagnostisch en therapeutisch gebied en wat betreft de duur van de specialistische zorg (7.5). Ten tweede de beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de specialist los van de bedoeling van de huisarts op vijf onderdelen, te weten de diagnostiek, de diagnostische conclusies, de therapie, de duur van de specialistische zorg en de beantwoording van de vraag van de huisarts (7.6). Beide aspecten zijn zowel objectief/onafhankelijk als subjectief, door de betrokkenen, beoordeeld.

Nadat in 7.7 wordt ingegaan op het nut/de noodzaak van de verwijzing van de huisarts achteraf, volgt in 7.8 de verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de specialist. In 7.9 wordt het hoofdstuk afgesloten met een samenvatting en beschouwing.

7.2 De beleidsmotieven van de specialist

Geruststelling van de patiënt speelt volgens de specialist bij bijna eenderde van de verwijzingen een belangrijke rol bij het bepalen van het beleid (tabel 7.1). Ook vrees iets over het hoofd te zien en wensen van de patiënt spelen nogal eens een rol.

Tabel 7.1 De rol die een aantal motieven hebben gespeeld bij het bepalen van het beleid door de specialist (percentages)

	(zeer) belang- rijke rol	onbelang- rijke rol	helemaal geen rol
de vrees iets over het hoofd te zien	23	28	49
geruststelling van de patiënt	30	27	44
wensen van de patiënt	21	27	52
wensen van de familie van de patiënt	4	12	85

Als bij het bepalen van het beleid vrees van de specialist om iets over het hoofd te zien een belangrijke rol heeft gespeeld, heeft geruststelling van de patiënt relatief vaak een rol gespeeld (Kendall's tau-(b)=.43, $p<.001$). Ook tussen geruststelling van de patiënt en wensen van de patiënt bestaat een relatief sterke samenhang (Kendall's tau-(b)=.41, $p<.001$).

7.3 De aard/ernst van de klachten op T2

De beoordeling van de klachten op basis van de huisartsen- en de specialisteninformatie (T2) is weergegeven in tabel 7.2, samen met de beoordeling op basis van alleen de huisartseninformatie (T1). Op T2 is de gemiddelde score op de aard van de klachten (2.7) gelijk aan de score op T1. De gemiddelde score op de ernst is significant gedaald van 2.1 naar 1.9 ($t=7.50$, $df=246$, $p<.001$). De typering van de klachten op T1 en op T2 komt sterk met elkaar overeen (Pearson's R voor aard .79 en voor ernst .70).

Tabel 7.2 Het gemiddelde oordeel over de aard en de ernst van de klachten op T1 en T2 (N=248)

	gemiddelde score op T1	gemiddelde score op T2
<i>ernst</i> ¹⁾	2.1	1.9
levensbedreigend ²⁾	1.1	0.8
invalidierend ²⁾	2.3	2.2
noodzaak behandeling ²⁾	3.0	2.8
ernst ²⁾	2.1	1.8
<i>aard</i> ³⁾	2.7	2.7
diagnostiseerbaar ²⁾	2.9	3.0
behandelbaar ²⁾	2.9	2.9
psychosociaal ²⁾	1.8	1.8

1) hoe hoger de score, hoe ernstiger de klacht/aandoening

2) vijf-puntsschaal: 0=nee en 4=ja

3) hoe hoger de score, hoe beter de klacht/aandoening te diagnostiseren en te behandelen is en hoe geringer de rol van psychosociale factoren is

7.4 De verrichtingen van de specialist

Inleiding

Tussen het eerste en het tweede meetmoment (een periode van maximaal 3 maanden) heeft de patiënt de specialist gemiddeld 2.3 maal bezocht ($SD=1.2$). In deze paragraaf worden de diagnostiek en de therapie beschreven die in deze periode door de specialist zijn verricht, waarbij ook op de overlap met de diagnostiek van de huisarts wordt ingegaan (doublures). De beschrijving heeft, evenals de beschrijving van de verrichtingen van de huisarts, betrekking op 261 verwijzingen, waarvan de gegevens compleet zijn.

De diagnostiek van de specialist

In tabel 7.3 wordt een overzicht van het aanvullend onderzoek gegeven dat door de specialist is verricht. Als onder bloedchemie 'nierfunctie' is vermeld, betekent dit dat één of meerdere onderzoeken op dit gebied (ureum, creatinine, urinezuur) zijn gedaan.

Hetzelfde geldt ook voor bijvoorbeeld leverfunctie en vetspectrum.

Bij 11 % van de verwijzingen is door de specialist *geen* aanvullend onderzoek gedaan. Het gemiddeld aantal onderzoeken per verwijzing is 8.4 (SD=8.1, spreiding 0-44). Bij de helft van de verwijzingen doet de specialist minder dan 8 aanvullende onderzoeken, bij 10 % doet de specialist ten minste 20 aanvullende onderzoeken.

Het meest frequent is hematologie (vooral Hb en BSE), bloedchemie (vooral nier- en leverfunctie), röntgenonderzoek (met name X-thorax) en electrografie (met name ECG) verricht. Bij endoscopisch onderzoek gaat het voornamelijk om gastro- en colonoscopieën en in de overige categorie vallen onder anderen vaat-, longfunctie- en huidallergisch onderzoek en bipten van het maag-darmkanaal.

Tabel 7.3 Het aantal verwijzingen waarbij de aanvullende onderzoeken zijn uitgevoerd (percentages) en het gemiddeld aantal onderzoeken per verwijzing per specialisme (tussen haakjes)

	totaal N=261	interne n=127	neurologie n=74	dermatologie n=60	1)
hematologie	56	93 (2.5)	27 (.57)	13 (.30)	**
bloedchemie	55	94 (5.3)	27 (.97)	22 (.35)	**
serologie	22	14 (.34)	4 (.04)	22 (.28)	-
urineonderzoek	35	68 (2.1)	4 (.10)	2 (.05)	**
faecesonderzoek	8	16 (.18)	-	-	**
liquoronderzoek	1	-	3 (.05)	-	-
sputumonderzoek	2	5 (.05)	-	-	*
röntgenonderzoek	53	75 (1.4)	59 (.89)	-	**
echografie	17	33 (.43)	1 (.02)	-	**
electrografie	46	60 (.74)	62 (.77)	-	**
endoscopie		24	50 (.60)	-	-
**					
overig onderzoek	39	42 (.72)	20 (.23)	57 (.90)	**

1) vergelijking van het gemiddelde aantal malen per specialisme dat het onderzoek is uitgevoerd; enkelvoudige variantieanalyse; * betekent $p < .05$, ** betekent $p < .001$

Het aantal aanvullende onderzoeken varieert sterk per specialisme; bij de dermatologen gemiddeld 1.9, bij de neurologen 3.6 en bij de interne geneeskunde 14.4 ($F=131.7$, $p < .001$). In tabel 7.3 is per specialisme het aantal verwijzingen vermeld waarbij de verschillende onderzoeken zijn uitgevoerd. Tussen haakjes staat het gemiddelde aantal malen dat het betreffende onderzoek per verwijzing is uitgevoerd. Zo geldt voor de hematologie dat bij 93 % van de verwijzingen naar de interne geneeskunde één of meerdere bepalingen zijn uitgevoerd en dat gemiddeld 2.5 maal per verwijzing een hematologische bepaling is gedaan. Bij 10 soorten aanvullend onderzoek verschilt het aantal onderzoeken significant tussen de specialismen, bij 8 hiervan wordt het hoogste aantal bij de interne geneeskunde gedaan.

Therapie van de specialist

In tabel 7.4 zijn de therapieën opgenomen die bij ten minste 5 % van de verwijzingen zijn uitgevoerd. Vergelijking met de therapie van de huisarts laat zien dat de specialist bij meer verwijzingen een behandeling geeft dan de huisarts (respectievelijk bij 82 % en 70 %).

Tussen de interne geneeskunde en de andere specialismen bestaat, in tegenstelling tot de diagnostiek, geen significant verschil in het gemiddeld aantal ingestelde therapieën per verwijzing (interne geneeskunde 1.5, neurologie 1.4 en dermatologie 1.3; $F=0.86$, $p=0.42$). Zoals te verwachten was, laat vergelijking van de verschillende soorten therapie wel significante verschillen zien (tabel 7.4). Bij de interne geneeskunde is het meest frequent niets gedaan op therapeutisch gebied. Verder valt vooral het grote verschil in het voorschrijven van medicatie op. Bij de dermatologie gebeurt dit bij de helft van de verwijzingen, terwijl dit bij de neurologie slechts bij 18 % van de verwijzingen gebeurt. Bepaalde therapieën zijn specifiek voor een specialisme. Zo wordt fysiotherapie alleen door neurologen voorgeschreven, wordt een dieet vrijwel uitsluitend door internisten voorgeschreven en worden kleine ingrepen door dermatologen verricht.

Tabel 7.4 Aantal verwijzingen waarbij therapie is verricht, zowel totaal als per specialisme

	totaal (n=261)	interne (n=127)	neurologie (n=74)	dermatologie (n=60)	¹⁾
medicatie voorgeschreven	31	34	18	50	**
verhelderend/steunend gesprek	18	18	23	10	-
leefregels voorgeschreven	17	15	19	17	-
dieet voorgeschreven	13	24	1	3	**
controle/even aanzien	6	6	8	-	-
fysiotherapie voorgeschreven	6	-	20	-	**
doorverwijzen (advies) ²⁾	6	3	14	-	**
doorverwijzen (specialist) ³⁾	5	3	8	3	-
kleine ingrepen	5	2	-	18	**
niets gedaan/voorgeschreven	18	25	14	8	*

1) het aantal verwijzingen per specialisme waarbij de betreffende therapie is toegepast is vergeleken met de Chi²-toets; * betekent $p < 0.05$, ** betekent $p < 0.001$

2) advies van de specialist om patiënt door te verwijzen naar een andere specialist of een fysiotherapeut

3) doorverwezen naar andere specialist zonder overleg met de verwijzende huisarts

Doublures

Vergelijking van het aanvullende onderzoek van de specialist met dat van de huisarts laat zien dat bij 74 verwijzingen (28 %) één of meerdere doublures zijn opgetreden. In totaal zijn 205 onderzoeken herhaald (dit is 9 % van het alle door de specialist verrichte onderzoeken), waarvan 189 door een internist (92 %). Het onderzoek dat het meest frequent

door de specialist is herhaald is Hb en BSE (bij 20 % van de verwijzingen). Andere onderzoeken die bij ten minste 10 verwijzingen (ca. 4 %) zijn herhaald zijn leuco-diff, bloedglucose, leverfunctie, nierfunctie en urinesediment.

In hoofdstuk 6 kwam bij de beoordeling van de verwijsbrief naar voren dat de huisarts nogal eens het door hem verrichte aanvullende onderzoek niet in de verwijsbrief vermeldt. Dit zou een oorzaak kunnen zijn van het optreden van doublures. Uit een vergelijking tussen de verwijsbrief en het optreden van doublures komt dit echter niet naar voren. Als de huisarts het door hem verrichte onderzoek volledig in de verwijsbrief vermeldt, is er even vaak sprake van doublures als wanneer de huisarts dit niet of slechts deels vermeldt.

7.5 De overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist

De objectieve beoordeling

ALGEMEEN

In paragraaf 5.3 is naar voren gekomen dat de huisarts de specialist in een grote meerderheid van de gevallen vrij laat het beleid te bepalen, zowel op diagnostisch als op therapeutisch gebied. Wat betreft de duur van de specialistische zorg is het bij 60 % van de verwijzingen de bedoeling van de huisarts dat de patiënt na 1 of 2 consulten wordt terugverwezen. In de overige gevallen laat de huisarts dit volledig aan de specialist over (in bijlage II is aangegeven hoe de bedoeling van de huisarts is gemeten).

Bij een grote meerderheid van de verwijzingen bestaat overeenstemming tussen het handelen van de specialist en de bedoeling van de huisarts (tabel 7.5). Men dient zich te bedenken dat, in die gevallen waarbij de huisarts heeft aangegeven dat deze de specialist vrij laat, het handelen van de specialist per definitie hiermee in overeenstemming is. In de derde en vierde kolom van tabel 7.5 is alleen gekeken naar de verwijzingen waarbij de huisarts een *beperkte bedoeling* heeft. De overeenstemming is hier veel lager, vooral op diagnostisch gebied.

Tabel 7.5 Overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist

	bij alle verwijzingen		bij verwijzingen met een beperkte bedoeling	
	% overeenstemming	N	% overeenstemming	n
op diagnostisch gebied	91	305	37	46
op therapeutisch gebied	92	309	57	58
wat betreft de duur	81	305	69	182

Het ontbreken van overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist kan zowel betekenen dat de specialist te veel heeft gedaan als dat de

specialist te weinig heeft gedaan. Er kan alleen geconcludeerd worden dat een specialist te weinig heeft gedaan, als de huisarts om een gericht onderzoek of een gerichte behandeling heeft gevraagd (op diagnostisch gebied bij 7 % en op therapeutisch gebied bij 2 % van de verwijzingen; N=308). Of de specialist te veel heeft gedaan, kan in alle gevallen worden beoordeeld, wanneer de huisarts een beperkte bedoeling heeft. (op diagnostisch gebied bij 15 % en op therapeutisch gebied bij 19 % van de verwijzingen; N=308).

OP DIAGNOSTISCH GEBIED

Bij één verwijzing heeft de specialist *minder* gedaan dan de bedoeling van de huisarts was (zie verderop in deze paragraaf: voorbeeld 4 van de subjectieve beoordeling op diagnostisch gebied).

In de overige 28 gevallen, waar het specialistisch handelen niet overeenkomt met de bedoeling van de huisarts, heeft de specialist *meer* gedaan dan de bedoeling van de huisarts was. Ter illustratie enkele voorbeelden.

Voorbeeld 1: Bij een patiënt met misselijkheid en maagpijn waarbij de huisarts denkt aan een ulcus ventriculi is het de bedoeling van de huisarts dat de specialist zich beperkt tot een gastroscopie. De specialist verricht, naast twee maal een gastroscopie, een uitgebreid bloedonderzoek, urineonderzoek en laat röntgenfoto's van de buik, de lumbale- en thoracale wervelkolom en de handen en voeten maken.

Voorbeeld 2: Een patiënt met pijn in de benen ten gevolge van spataderen wordt door de huisarts verwezen met de bedoeling dat de specialist alleen een behandeling van de spataderen uitvoert. De specialist verricht op diagnostisch gebied een Doppler-onderzoek van de vaten en een biopsie en histologie van een naevus op de kin.

Voorbeeld 3: Bij een patiënt, bekend met CARA, met toegenomen Ventolingebruik is het de bedoeling van de huisarts dat de specialist alleen een allergieonderzoek verricht. De specialist verricht bloedonderzoek, intracutane huidtesten, spirometrie (2x), histaminedrempel en röntgenfoto's van de bijholten en de borst.

OP THERAPEUTISCH GEBIED

Er zijn *geen* verwijzingen waarbij de specialist niet heeft voldaan aan de vraag van de huisarts om een bepaalde behandeling te geven. In de gevallen dat een discrepantie bestaat tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist (8 %, N=309) heeft de specialist een behandeling ingesteld, terwijl de huisarts geen behandeling of uitsluitend een behandelingsadvies wilde of heeft de specialist de patiënt doorverwezen naar een ander specialisme. Ter illustratie enkele voorbeelden.

Voorbeeld 1: Bij een patiënt met recidiverende maagklachten, waarbij de huisarts denkt aan een chronisch ulcus lijden, is het de bedoeling van de huisarts dat de specialist uitsluitend een gastroscopie uitvoert en geen behandeling geeft. De specialist schrijft op therapeutisch gebied Zantac voor en laat patiënt voor revisie terugkomen.

Voorbeeld 2: Bij een patiënt met huiduitslag aan het been, waarbij de huisarts denkt aan gordelroos, is het de bedoeling van de huisarts dat de specialist, naast de diagnostiek, uitsluitend een behandelingsadvies geeft. De specialist schrijft zelf voor en volgt het beloop van de klachten.

De subjectieve beoordeling

OP DIAGNOSTISCH GEBIED

Uit tabel 7.6 blijkt dat bij 74 % van de verwijzingen zowel de huisarts als de specialist van mening zijn dat het handelen van de specialist volledig overeenkomt met de bedoeling van de huisarts. Bij 5 % van de verwijzingen vinden beiden dat er geen volledige overeenstemming is. Ter illustratie van deze laatste verwijzingen volgen na de tabel enkele voorbeelden.

Tabel 7.6 De mening van huisarts en specialist over de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist op diagnostisch gebied

huisarts	specialist		totaal
	volledig in overeenstemming	<u>niet</u> volledig in overeenstemming	
volledig in overeenstemming	201	29	230
<u>niet</u> volledig in overeenstemming	27	13	40
totaal	228	42	270

$\text{Chi}^2=10.26$, $p=.001$, Cohen's kappa=.19

Voorbeeld 1: De patiënt heeft sinds enkele maanden een vermoeid gevoel en pijn in de benen. De pijn begint in de hiel, straalt uit in de onderbenen. De huisarts stelt op het moment van verwijzen de waarschijnlijkheidsdiagnose radiculare prikkeling. De specialist maakt een foto van de calcanei beiderzijds en komt tot de diagnose calcaneussporen beiderzijds. De huisarts vindt dat er onvoldoende onderzoek is gedaan, er had ook een röntgenfoto van de lumbale wervelkolom genomen moeten worden. De specialist geeft aan dat de reden om af te wijken van de bedoeling van de huisarts is dat er geen neurologische verschijnselen waren.

Voorbeeld 2: De patiënt heeft sinds langere tijd een niet genezende huidafwijking aan de binnenzijde van de rechter pols. De differentiaaldiagnose van de huisarts op het moment van verwijzen is planocellulair carcinoom of hyperkeratosis. De specialist stelt de diagnose verruca seborrhoica. De huisarts had gewild dat de specialist een biopsie met histologie zou verrichten. De specialist verrichte geen biopsie, omdat deze vond dat het klinisch aspect voldoende was.

Voorbeeld 3: De patiënt heeft last van moeheid en pijn in de benen en armen. De huisarts tast volstrekt in het duister wat de diagnose betreft. De specialist geeft na afronding van de verwijzing aan dat de bedoeling van de huisarts niet exact was geformuleerd. De specialist vermoedt dat zijn diagnostiek wel globaal met de bedoeling van de huisarts overeenstemt. Een röntgenfoto van de lumbale wervelkolom en van het bekken zegt de specialist voor de zekerheid aangevraagd te hebben en waren wellicht niet echt nodig geweest. De huisarts vindt dat de specialist ook een CT-scan van het hoofd/hals-gebied had moeten maken en dat de specialist de röntgenfoto van het bekken achterwege had kunnen laten.

Voorbeeld 4: De patiënt heeft hoofdpijn, vanuit de nek naar voren, bandgevoel om de ogen. De huisarts denkt aan spanningshoofdpijn. De specialist vermeldt dat de patiënt een EEG wilde, maar dat daar geen indicatie voor bestond. De huisarts is van mening dat het EEG wel verricht had moeten worden. Hij had de patiënt wel voorbereid dat er zonder duidelijke indicatie mogelijk geen EEG uitgevoerd zou worden.

OP THERAPEUTISCH GEBIED

Bij de beoordeling van de therapie is het aantal beoordelingen door de huisartsen

aanzienlijk lager dan het totaal aantal onderzochte verwijzingen, omdat de huisartsen alleen de overeenstemming hebben beoordeeld als er daadwerkelijk een behandeling door de specialist had plaatsgevonden.

Tabel 7.7 De mening van huisarts en specialist over de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist op therapeutisch gebied

huisarts	specialist		totaal
	volledig in overeenstemming	<u>niet</u> volledig in overeenstemming	
volledig in overeenstemming	117	15	132
<u>niet</u> volledig in overeenstemming	12	5	17
totaal	129	20	149

$\text{Chi}^2=4.22$, $p=.04$, Cohen's kappa=.17

Bij 79 % van de verwijzingen vinden beiden dat deze in overeenstemming is met de bedoeling van de huisarts (tabel 7.7). Slechts bij 5 verwijzingen (3 %) vinden beiden dat er geen overeenstemming is. Ook hiervan enkele voorbeelden.

Voorbeeld 1: De patiënt heeft last van aanhoudende pijn in de rechter onderbuik. De huisarts heeft op het moment van verwijzen geen idee welke diagnose gesteld dient te worden. De specialist stelt de diagnose diverticulosis coli en schrijft als therapie een dieet en magnesiumoxide voor. De huisarts is van mening dat de therapie afwijkt van zijn bedoeling omdat, gezien de aard van de aandoening, volstaan zou kunnen worden met een advies: symptomatische behandeling c.q. behandeling volgens inzicht van de huisarts. De specialist geeft aan dat hij is afgeweken van de bedoeling van de huisarts op verzoek van de patiënt.

Voorbeeld 2: De patiënt heeft last van hoofdpijn, nekpijn en heeft een vergrote lymfeklier in de hals. De huisarts stelt de diagnose occipitaal neuralgie. De huisarts schrijft als pijnbestrijding carbamazepine voor. De specialist is van mening dat de huisarts de door de huisarts zelf ingestelde behandeling te kort heeft gegeven. De specialist schrijft oscorel en oxazepam voor 1 à 2 weken voor. Het is de mening van de huisarts dat advisering van psychofarmaca (oxazepam) als therapie niet juist is.

Vergelijking van de objectieve beoordeling met de subjectieve beoordeling

Bij ruim tweederde van de verwijzingen geven zowel de objectieve beoordeling als de subjectieve beoordeling aan dat er overeenstemming is op diagnostisch en therapeutisch gebied. Als de overeenstemming wordt uitgedrukt in een overeenstemmingsmaat, blijkt deze echter gering (Cohen's kappa varieert van .03 tot .18).

In hoofdstuk 3 is aangegeven dat alleen de objectieve beoordeling van de overeenstemming als kwaliteitsaspect verder wordt geanalyseerd. Bij de subjectieve beoordeling zouden ongewenste contextuele factoren, zoals de relatie tussen de huisarts en de specialist, een rol spelen. Uit een nadere analyse komt dit ook naar voren. Als de huisarts en de specialist een intensieve werkrelatie hebben heeft de huisarts minder vaak

commentaar op de overeenstemming dan wanneer zij geen intensieve werkrelatie hebben (Pearson's R tussen werkrelatie en oordeel huisarts diagnostiek is .32, $p < .001$; therapie .14, $p < .01$).

7.6 De doelmatigheid van het handelen van de specialist

7.6.1 Inleiding

In deze paragraaf staat de onafhankelijke beoordeling van vijf aspecten, waarop het handelen van de specialist is beoordeeld, centraal: de diagnostiek, de diagnostische conclusies, de therapie, de duur van de specialistische zorg en de beantwoording van de vraag van de huisarts. De beoordeling is gebaseerd op informatie uit de vragenlijsten van de specialist (T1 en T2) en de specialistenbrieven. Deze informatie is bij 248 verwijzingen compleet. De beoordeling is, evenals de onafhankelijke beoordeling van het handelen van de huisarts, uitgevoerd door 2 onafhankelijke huisartsen en 2 onafhankelijke specialisten van het betreffende specialisme. De oordelen op de vijf aspecten zijn gebundeld in een doelmatigheidsschaal voor de specialist. Voor een uitgebreidere beschrijving van de beoordeling wordt verwezen naar bijlage III.

Na de beschrijving van de onafhankelijke beoordeling volgt de subjectieve beoordeling door de betrokkenen (de huisarts, de specialist en op een enkel aspect ook de patiënt). De subjectieve beoordeling wordt vergeleken met de onafhankelijke beoordeling.

7.6.2 De onafhankelijke beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de specialist

Inleiding

Het meest opvallend in de onafhankelijke beoordeling van de diagnostiek en therapie van de specialist is dat bij 70 % van de verwijzingen een meerderheid van de beoordelaars de therapie van de specialist juist vindt (tabel 7.8). Dit percentage is veel hoger dan bij de huisarts (37 %). Het aantal verwijzingen, waarbij kritiek op de diagnostiek van de specialist is geuit, komt redelijk overeen met de beoordeling van de diagnostiek van de huisarts.

Tabel 7.8 Het oordeel van de onafhankelijke artsen over het handelen van de specialist (percentages, N=248)

	juist ¹⁾	juist/onjuist ²⁾	onjuist ¹⁾
diagnostiek specialist	41	28	31
therapie specialist	70	16	14

1) een meerderheid van de beoordelaars vindt het handelen juist of onjuist

2) het aantal beoordelaars dat het handelen juist vindt is gelijk aan het aantal dat het onjuist vindt

Evenals bij de bespreking van de kritiek op het handelen van de huisarts, zijn ook hier steeds de beoordelingen geselecteerd, die betrekking hebben op verwijzingen waarbij een meerderheid of de helft van de onafhankelijke artsen de beoordeelde handelingen onjuist vindt (kolom 2 en 3 van tabel 7.8, zie ook paragraaf 5.9.1 en bijlage III).

Als de onafhankelijke artsen van mening zijn dat de *diagnostiek* van de specialist onjuist is, vindt men in bijna de helft van de gevallen dat de specialist diagnostiek achterwege had kunnen laten (tabel 7.9). Dit verschilt van het oordeel over het handelen van de huisarts, waar men slechts in 18 % van de gevallen, waarbij men de diagnostiek onjuist acht, van mening is dat de huisarts diagnostiek achterwege had kunnen laten (paragraaf 5.9.1). Onjuist handelen op *therapeutisch gebied* betekent in tweederde van de gevallen dat de specialist meer had kunnen doen. Dit komt overeen met het oordeel over het handelen van de huisarts.

Tabel 7.9 Aard van het commentaar op het handelen van de specialist

	minder kunnen doen (%)	meer kunnen doen (%)	aantal beoorde- lingen (N=1268)
diagnostiek	49	51	473
therapie	36	64	217

De diagnostiek van de specialist

MINDER/MEER KUNNEN DOEN

Het onderzoek dat de specialist achterwege had kunnen laten is zeer divers (tabel 7.10). Zowel betrekkelijk eenvoudige onderzoeken als bloedbeeld/BSE en nierfunctie worden relatief frequent genoemd, als ook nogal belastende onderzoeken zoals een recto-/colonoscopie. Bij vergelijking van de kolommen 'minder kunnen doen' en 'meer kunnen doen' blijkt dat bloedonderzoek en röntgenonderzoek vooral achterwege had kunnen blijven. Een uitzondering hierop vormt de CT-scan. Meestal betreft het neurologische verwijzingen, waarbij men vindt dat ook een CT-scan van de lumbale of lumbosacrale wervelkolom had moeten worden verricht. Twee andere onderzoeken, waarbij het oordeel ook meestal is dat dit ten onrechte niet is gedaan zijn faeces-onderzoek (meestal benzidine) en een biopsie van de huid, om er volledig zeker van te zijn dat de huid-aandoening niet maligne is.

Bij vergelijking met het commentaar op de diagnostiek van de huisarts vallen de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het hematologische onderzoek op. Terwijl de huisarts hier relatief veel commentaar op krijgt, met name dat hij dit meer c.q. uitgebreider had moeten doen, krijgt de specialist hier relatief weinig commentaar op.

Tabel 7.10 Diagnostiek die de specialist achterwege had kunnen laten (N=535) of meer had kunnen doen (N=344)

		minder kunnen doen	meer kunnen doen
anamnese		0	20
lichamelijk onderzoek		1	12
hematologie	bloedbeeld/BSE	27	10
	overige	6	1
bloedchemie	glucose	17	8
	leverfuncties	34	4
	electrolyten	25	2
	vetstofwisseling	20	6
	nierfunctie	37	3
	eiwitspectrum	26	0
	schildklierfunctie	20	3
	overige	21	24
serologie		11	11
urineonderzoek		9	4
faecesonderzoek		5	23
röntgenonderzoek	thorax	30	2
	wervelkolom	17	8
	slokdarm/maag/duodenum	11	2
	colon	10	9
	CT-scan	4	25
	overige	29	8
isotopenonderzoek		16	12
echografie		20	21
electrografie	ECG	23	2
	24h ECG/ergometrie	12	5
	EEG/EMG/ENG/SEP	12	14
endoscopie			gastroscopie 9
7			
	recto/colonoscopie	17	13
	overige	1	2
longfunctie/hyperventilatieprovocatie		4	2
vaatonderzoek		19	7
huidallergietesten		15	15
kweek/KOH preparaat huid		1	6
biopt huid (incl. PA)		5	24
overige onderzoeken		21	29

ARGUMENTATIE

Minder kunnen doen: Het belangrijkste argument voor het oordeel dat de specialist onderzoek achterwege had kunnen laten is dat het onderzoek irrelevant geacht wordt, omdat een relatie met de klachten niet aannemelijk is (53 %). Dit argument werd ook bij de beoordeling van het handelen van de huisarts het meest frequent genoemd. Het argument dat het onderzoek overbodig is, omdat het geen nieuwe informatie oplevert, is

ook relatief frequent als belangrijkste reden genoemd (19 %). Opvallend is dat de financiële kosten het meest frequent als tweede, aanvullende reden is genoemd (10 %).

Meer kunnen doen: Bij de argumentatie van het oordeel dat de specialist nog meer onderzoek had moeten doen is hoofdzakelijk genoemd dat dit tot meer diagnostisch resultaat zou hebben geleid (78 %). Andere argumenten, zoals ‘snellere diagnostiek’, ‘minder belastend voor de patiënt’ en ‘goedkoper’ worden in minder dan 10 % van de gevallen genoemd.

JUISTHEID DIAGNOSTISCHE CONCLUSIES

Bij 95 % van de verwijzingen vinden de beoordelaars dat de specialist *geen* onjuiste diagnostische conclusies heeft getrokken. Bij 5 % vindt de helft of een meerderheid van de beoordelaars dat dit wel het geval is. De meest genoemde argumenten zijn dezelfde als bij het oordeel over de diagnostische conclusies van de huisarts, namelijk: ‘het wijst veel meer op een andere aandoening’ en ‘de voorspellende waarde is te gering om daar beleid op af te stemmen’.

De therapie van de specialist

MINDER/MEER KUNNEN DOEN

Evenals bij de beoordeling van de therapie van de huisarts, wordt ook hier medicatie het meest frequent genoemd, zowel bij wat de specialist minder had kunnen doen als bij wat hij meer had kunnen doen.

Tabel 7.11 Therapie die de specialist achterwege had kunnen laten (N=96) of meer had kunnen doen (N=186)

	minder kunnen doen	meer kunnen doen
medicatie	65	99
dieet/afvallen	1	15
(chirurgische) ingreep ¹⁾	3	11
fysiotherapie	7	6
N2-applicatie/cryotherapie	2	8
lichaamsbeweging, ontspanningsoefeningen	0	9
steunkousen/nachtspalk/collar	2	6
leefregels ²⁾	1	7
uitleg/geruststelling	0	5
lichttherapie/PUVA	2	3
gesprekken/psychotherapie (incl. verwijzen)	1	3
overige	6	14

1) coronair bypass, decompressie HNP/CTS, excisie, hemorroïden (ligeren/coagulatie)

2) o.a. roken/alcohol/koffie staken, stoppen met werk/sport

ARGUMENTATIE

Minder kunnen doen: ‘De klacht rechtvaardigt de therapie niet’ is het meest frequent genoemd als argument waarom de specialist therapie achterwege had kunnen laten (51 %). Bij de huisarts speelde het argument ‘de diagnostiek is nog te gebrekkig’ ook een

grote rol, maar dat is bij de beoordeling van de therapie van de specialist veel minder het geval (12 %). Verder wordt nogal eens genoemd dat de gegeven behandeling suboptimaal is, er is een beter alternatief.

Meer kunnen doen: Evenals bij de beoordeling van de therapie van de huisarts is het belangrijkste argument dat deze therapie de gezondheidstoestand/prognose van de patiënt verbetert (69 %). Verdere vergelijking met het oordeel over het huisartsgeneeskundig handelen is niet goed mogelijk, omdat bij de huisarts het argument 'deze therapie kan wellicht verwijzing voorkomen' een belangrijke rol speelt. Dit argument is bij het oordeel over het specialistisch handelen uiteraard niet meer van toepassing. Bij de specialist worden de argumenten 'minder belastend voor de patiënt' en 'sneller resultaat' relatief frequent genoemd (bij respectievelijk 10 % en 12 % als belangrijkste reden en bij 24 % en 31 % als tweede reden).

De duur van de specialistische zorg

Bij een aantal verwijzingen bevatten de specialistenbrieven onduidelijke informatie over het al dan niet voortzetten van de specialistische zorg. Dit heeft bij 6 verwijzingen geleid tot verschillende interpretaties door de beoordelende artsen, waardoor bij deze verwijzingen geen onafhankelijk oordeel over de duur van de specialistische zorg mogelijk is. Bij 17 % van de overige verwijzingen (N=242) is men het niet eens met de duur van de specialistische zorg. Als men het niet eens is met de duur van de specialistische zorg, vindt men in 59 % van de gevallen dat de specialist de patiënt te lang onder controle/behandeling houdt. In de overige gevallen vindt men dat de specialist de patiënt langer onder controle had moeten houden.

Beantwoording van de vraag van de huisarts

Bij 91 % van de verwijzingen vindt een meerderheid van de onafhankelijke artsen dat de vraag van de huisarts door de specialist is beantwoord. Bij 7 % vindt een meerderheid dat de vraag niet is beantwoord en bij 2 % is hierover twijfel.

De doelmatigheidsscore voor het handelen van de specialist

De vijf aspecten die hierboven zijn beschreven zijn gebundeld in een doelmatigheidsschaal (zie bijlage III). In tabel 7.12 is de verdeling van de doelmatigheidsscore gegeven. De gemiddelde score is 8.2 (SD=1.7).

Tabel 7.12 De frequentieverdeling van de doelmatigheidsscore voor het handelen van de specialist

score	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
aantal verwij- zingen % (N=248)	-	-	0	1	3	2	14	7	24	23	26

Hieronder volgen twee voorbeelden van ziektegeschiedenissen, waarbij het handelen van de specialist een lage doelmatigheidsscore heeft gekregen.

Ziektegeschiedenis 1: een verwijzing naar de internist

HET HANDELEN VAN DE HUISARTS

Mevr. P., een 57 jarige vrouw, samenwonend en werkzaam in eigen huishouding (alleen lagere school), heeft last van overgeven na de warme maaltijd, 3 à 4 keer per week. Tevens zuurbranden, opboeren en af en toe pijn onder het borstbeen. Ze heeft deze klachten al twee jaar. Ze maakt zich heel erg ongerust over de klachten, is bang dat de aandoening levensbedreigend is en ze maakt zich zorgen over de toekomst. Haar ouders zijn aan kanker overleden. Ze bezoekt de huisarts vier maal voordat ze verwezen wordt. De huisarts verricht geen onderzoek en geeft geen behandeling. Patiënte vertelt dat de huisarts twee jaar geleden foto's van de maag en de slokdarm heeft laten maken en dat zij enige tijd polysilane gel heeft gebruikt, zonder resultaat. De huisarts verwijst patiënte met als waarschijnlijkheidsdiagnose: nerveus braken en opboeren (zekerheidsniveau 2). Ze krijgt bij de specialist een afspraak over één week.

Verwijsbrief huisarts

Beste Piet,

Graag gastroscopie bij mevrouw J.P, geb. 01-10-'32, Esweg 1. Pat. klaagt al twee jaar over braken na de warme maaltijd veel pyrosis en ructus en soms pijn in epigastrio. Defaecatie g.b. Faeces g.b. geen vermagering. In '87 maakten wij voor dezelfde klacht een X-oesophagus + X-maag waarbij geen ulcus of hernia diafragmatica werd gevonden. Een nerveuze oorzaak lijkt mij zeker niet uitgesloten. Ulcus ventriculi of duodeni en of een gastritis campylobacter ?

Vriendelijke groeten

HET HANDELEN VAN DE SPECIALIST

De patiënt bezoekt de specialist één maal, er wordt een gastroscopie verricht en de specialist schrijft sol. antacida FNA en Zantac 300 mg gedurende 1-3 maanden voor, een dieet en HD maatregelen. De diagnose van de specialist is: hernia diafragmatica (zekerheidsniveau 1).

Specialistenbrief

Amice,

Ik verrichtte bij mevr. J.P., geb. 1-10-32, een gastroscopie.

De klachten waren verdacht voor een kleine hernia diafragmatica en inderdaad vond ik ook een kleine HD met lichte oesophagitis. Daarbij toonde de maag echter een rode pylorus met enkele donkere plekje aldaar waaruit ik 3 biopsieën nam.

CLO test: was positief!

Het duodenum toonde geen afwijkingen.

PA T 00- 11111: in de biopsen uit het antrum wordt een diffuus toenomen plasmocellulair ontstekingsinfiltraat gezien met enkele segmentkernigen. Er zijn daarbij bacterie structuren passend bij *Campylobacter* (tegenwoordig *Helicobacter*).

Conclusie: Zeer waarschijnlijk is er sprake toch van een lichte antrum gastritis met een *Campylobacter*.

Advies: Indien zij nog klachten heeft zou ik haar behandelen met Denol 4 maal 1 tablet gedurende 6 weken.

Met vriendelijke groet

In deze ziektegeschiedenis krijgt de specialist de meeste kritiek op het therapie(voorstel). Alle beoordelaars achten een monotherapie met Denol zinloos. Eén beoordelaar voegt daar nog aan toe dat hij van mening is dat een behandeling van de gastritis sowieso niet geïndiceerd is. Dit heeft te maken met de kritiek die op de diagnostische conclusie van de specialist wordt gegeven. Men acht de relatie tussen de klachten en de *Helicobacter* dubieus. De relatie tussen een chronische gastritis en de leeftijd komt niet ter sprake. De conclusie gaan voorbij aan een HD. Men vond dat de specialist de patiënt onder controle had moeten houden om het therapieresultaat te beoordelen. Op de diagnostiek was relatief weinig kritiek. Twee van de vier beoordelaars vinden dat de specialist meer diagnostiek had moeten doen; genoemd worden een echo van de galblaas, een volledig bloedonderzoek en een faeces benzidine.

Ziektegeschiedenis 2: een verwijzing naar de neuroloog

HET HANDELEN VAN DE HUISARTS

Dhr. K., 45 jaar, samenwonend en werkzaam in loondienst (MAVO-opleiding), bezoekt de huisarts, omdat hij de dag ervoor tijdens de middagpauze spraakstoornissen had. Hij kon 3 woorden zeggen, daarna ging het niet meer. Denken was wel mogelijk. Het herstelde zich in ca. twee uur; erna had de patiënt hoofdpijn. Ongeveer zes weken eerder kreeg hij een nieuwe bril, waarna hij regelmatig last had van branderige ogen en wazig/dubbel zicht. Hij maakt zich een beetje zorgen dat de aandoening levensbedreigend is. De huisarts doet lichamelijk onderzoek (bloeddruk, gewicht en neurologisch onderzoek) en verwijst de patiënt gelijk door naar de neuroloog. De waarschijnlijkheidsdiagnose van de huisarts is: focaal insult (zekerheidsniveau 2).

Verwijsbrief huisarts

Geachte collega,

De heer K. was gisteren tijdens de middagwandeling om ca 12.45 uur niet in staat zich verbaal uit te drukken, terwijl z'n denken wel intact was.

Hij kon de woorden niet vinden.

Hij zag ook dubbel, maar heeft sinds 6 weken een bifocale bril die hem matig bevalt. Deze laatste klachten heeft hij de laatste weken wel vaker, misschien in wat mindere mate.

Patiënt overweegt deze bril weer af te schaffen.

Op kantoor teruggekomen kwam het vermogen te spreken langzaam weer terug.

Om 15.00 uur was hij weer normaal in staat te spreken.

Erna was er hoofdpijn. Patiënt heeft vaak hoofdpijn, 1 x per 2 wkn, met wat paracetamol gaat dat meest wel. De hoofdpijn bestaat ca. 25 jaar.

Als kind van 3 jaar had patiënt een schedelbasisfractuur, nogal ernstig.

Er is boven het rechter oor een deformiteit in de schedelwand te voelen.

Mogelijk staan de klachten nu i.v.m. de resten van dit ongeval. Een focale regulatie stoornis uitgaande van het litteken behoort tot de mogelijkheden.

Aanwijzingen voor vasculaire stoornissen zijn er niet.

Familieanamnese schoon. (vader overleden, 84 jaar CVA). Patiënt rookt weinig, heeft een chol van 6.14 (norm tot 6.2).

Graag uw onderzoek en advies.

Met vriendelijke groet,

HET HANDELEN VAN DE SPECIALIST

De patiënt bezoekt de specialist één keer en na dit consult komt de specialist tot de DD: Spanningen/migraine (zekerheidsniveau 2). De specialist laat een X-schedel, een HTG en een EEG vervaardigen en komt tot de waarschijnlijkheidsdiagnose: migraine (zekerheidsniveau 2). Hij adviseert de huisarts Sibelium voor te schrijven.

Op de volgende pagina is de specialistenbrief weergegeven.

Bij deze verwijzing wordt de meeste kritiek op de diagnostiek van de specialist gegeven. Men vindt dat de specialist een CT-scan van de schedel had moeten maken (volgens één beoordelaar i.p.v. een X-schedel). Ook de diagnostische conclusies worden door twee van de vier beoordelaars niet juist gevonden. Volgens één beoordelaar kunnen de migraine en de spraakstoornissen wel samenhangen en heeft het EEG een te geringe voorspellende waarde om het beleid op af te stemmen. Volgens een andere beoordelaar wijst het veel meer op een TIA. De therapie (sibelium) wordt dan ook te voorbarig gevonden. De diagnostiek is nog te gebrekkig. De specialist had volgens twee beoordelaars de patiënt onder controle moeten houden om het verloop te bewaken en ter bevestiging van de diagnose. Men vindt de vraag van de huisarts onvoldoende beantwoord; volgens één van de beoordelaars blijft een focaal insult n.a.v. een litteken c.q een tumor mogelijk.

Specialistenbrief

Geachte collega,

Op mijn spreekuur zag ik Dhr K. i.v.m. plots onvermogen zich verbaal uit te drukken. Normaal denken. Tevens dubbelzien mogelijk gerelateerd aan een bril met dubbelfocus.

Voorgeschiedenis: 1946 schedelbasisfractuur met als complicatie meningitis en insulten waarvoor opname in het ..-ziekenhuis.

Medicatie: paracetamol.

Anamnese: een maand geleden wandelde dhr. K. met een collega, zoals gebruikelijk, om kwart voor één wat. Tevoren had hij klachten gehad van wazig zien. Er waren geen flitsen voor de ogen geweest. Hij vertelde zijn collega iets en kon dit ook wel doch hij kon de zinnen niet afmaken. Hij wilde bv. zeggen "Ze waren in dat en dat hotel..", maar dan zei hij: "Ze waren in dat en dat" en kon dan het woord hotel niet uitbrengen. Dit duurde ongeveer 1½ uur en daarna was ook het zien weer wat beter en was het spreken intact. Wat hij zei was wel goed. Daarna kreeg hij een bifrontale hoofdpijn die kloppend van karakter was, echter die niet gepaard ging met misselijkheid of braken. Dit heeft hij wel vaker. Er is nooit een aura bij. De frequentie hiervan is ongeveer 1 tot 2 keer per week. Wel is er een bandgevoel bij aanwezig. De verdere anamnese voor CVA's of demyeliniserende ziekte is negatief. Dhr. K. is rechtshandig.

Bij onderzoek: tensie 175/90, pols 80/min. reg. eequaal. Verder op algemeen gebied geen afwijkingen behalve een zachte soufflé over beide carotiden. Aan de hersenzenuwen geen afwijkingen, geen diplopie opwekbaar. De oculomotoriek is ongestoord. In fundo normale bevindingen. De motoriek is geheel normaal zowel functioneel als per spiergroep getest. Sensibiliteit zowel gnostisch als vitaal intact, de reflexen zijn symmetrisch, de buikhuidreflexen opwekbaar. De voetzoolreflexen plantairflexie. De coördinatie is ongestoord en achteruithinkelen met gesloten ogen gaat normaal. De hogere functies zijn intact. Aan de tonus geen afwijkingen. Wel is er een botverdikking boven het rechter oor aanwezig t.g.v. de schedelbasisfractuur in het verleden.

Hulp onderzoek: X-schedel: sclerotische schedelnaden met botverdikkingen rechts parietotemporaal. Verder geen afwijkingen.

HTG: normaal, geen aanwijzingen voor stenosen in de carotiden.

EEG: geheel normaal, geen lateraliseringsverschijnselen.

Conclusie: De episode van een maand geleden lijkt mij geen CVA te zijn. Er was niet echt afasie maar meer dat hij de zinnen niet af kon maken.

Wat hij zei was goed. Hij kreeg na deze episode een kloppende hoofdpijn en heeft dit wel vaker. Ook een epileptische functiestoornis lijkt niet voor de hand te liggen, ook gezien het normale EEG. Wel lijkt dhr. K. een migraineuze hoofdpijn te hebben met een zekere frequentie. Het lijkt mij dan ook goed dat hij behandeld gaat worden met Sibelium 10 mg voor de nacht waarbij aangetekend moet worden dat dit medicament meestal pas na een maand helpt. Wat de relatie tussen hoofdpijn en de episode is, waarbij hij zijn zinnen niet af kan maken is mij niet geheel duidelijk. Ernstige pathologie lijkt echter afwezig.

Met vriendelijke groet,

7.6.3 De subjectieve beoordeling van de doelmatigheid van het handelen van de specialist

Inleiding

De subjectieve beoordeling van de doelmatigheid van het handelen heeft slechts op enkele aspecten plaatsgevonden, namelijk de diagnostiek van de specialist en de duur van de specialistische zorg. De therapie van de specialist is beperkt beoordeeld door de specialist zelf.

Diagnostiek/therapie

DIAGNOSTIEK

Volgens de huisarts had de specialist bij 3 % van de verwijzingen bepaald *onderzoek achterwege kunnen laten* en bij 8 % van de verwijzingen zegt de specialist zelf dat hij bepaald onderzoek achterwege had kunnen laten (overeenstemming: Cohen's kappa=.11). De huisarts noemt röntgenonderzoek (3x), allergietest (1x), H2-ademtest (1x), reumaserologie (1x) en urineonderzoek (1x). Aan de specialist is niet gevraagd welk onderzoek hijzelf achterwege had kunnen laten.

Bij 8 % van de verwijzingen heeft de specialist volgens de huisarts *te weinig onderzoek* verricht en bij 6 % van de verwijzingen is de specialist zelf van mening dat hij te weinig onderzoek heeft uitgevoerd (Cohen's kappa=.05). De huisarts noemt röntgenonderzoek (3x), endoscopie (3x), electrografie (3x), allergieonderzoek (2x), echografie (1x) en PA-onderzoek (1x). Aan de specialist is niet gevraagd welk onderzoek hijzelf te weinig heeft gedaan.

THERAPIE

De therapie van de specialist is niet door de betrokken huisarts en specialist beoordeeld, behoudens een vraag aan de specialist, of hij de behandeling heeft kunnen geven die bij de klachten van de patiënt het meest in aanmerking komt. Hierop is in 83 % van de gevallen bevestigend geantwoord.

SAMENHANG TUSSEN DE SUBJECTIEVE EN DE ONAFHANKELIJKE BEOORDELING

Tussen de subjectieve en onafhankelijke beoordeling van de diagnostiek bestaat geen significante samenhang. In tegenstelling tot de subjectieve beoordeling van de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist (paragraaf 7.5), hangt het subjectieve oordeel over de diagnostiek niet samen met de werkrelatie tussen huisarts en specialist. Wel bestaat er een zwakke, maar significante samenhang tussen de subjectieve beoordeling van de diagnostiek en de taakopvatting van de huisarts en de specialist: als men de huisarts een bredere taak toekent, heeft men meer kritiek op de diagnostiek van de specialist (huisarts: Pearson's $R=-.11$, $p<.05$, specialist: $R=-.14$, $p<.05$).

De duur van de specialistische zorg

NOODZAAK CONTINUERING SPECIALISTISCHE ZORG

De overeenstemming tussen de standpunten van de drie actoren over de noodzaak van continuering van specialistische zorg op het tweede meetmoment is gering. Uitgegaan is van de verwijzingen, waarbij de patiënt heeft gezegd dat deze nog onder controle staat ($n=82$) (Cohen's kappa: huisarts-patiënt: .26; huisarts-specialist: .07; specialist-patiënt: -.02).

De patiënt vindt de continuering van de specialistische zorg vaker noodzakelijk dan de huisarts en de specialist. De huisarts heeft het meest frequent twijfel over de noodzaak van de continuering van de specialistische zorg. Als belangrijkste argument voor continuering wordt door alle drie genoemd dat de specialist zelf de ingestelde behandeling wil evalueren.

JUISTHEID AFRONDING SPECIALISTISCHE ZORG

Als de patiënt op T2 niet meer onder controle staat van de specialist, is de huisarts het in 4 % van de gevallen niet eens met de afronding van de specialistische zorg ($N=174$). Bij de patiënten ligt dit percentage aanzienlijk hoger, namelijk 14 % ($N=202$). Er bestaat in het geheel geen overeenstemming tussen het standpunt van de huisarts en de patiënt (Cohen's kappa=-.05).

SAMENHANG TUSSEN DE SUBJECTIEVE EN DE ONAFHANKELIJKE BEOORDELING

Het onafhankelijke oordeel over de duur van de specialistische zorg hangt alleen samen met het oordeel van de huisarts over de noodzaak van continuering van specialistische zorg (Cramér's $V=.31$, $p=.04$).

7.7 Het nut c.q. de noodzaak van de verwijzing door de huisarts achteraf

Inleiding

Het oordeel over het nut van de verwijzing is niet alleen een evaluatie van de verwijsbeslissing van de huisarts en het handelen van huisarts en specialist achteraf (op het tweede meetmoment), maar tegelijkertijd een evaluatie van de uitkomst van de verwijzing. Het is aannemelijk dat artsen dit oordeel voor een belangrijk deel baseren op het handelen van de huisarts en de specialist, terwijl de patiënt zich meer zal baseren op wat de verwijzing heeft opgeleverd. Daar de uitkomst van de verwijzing van de patiënt onderwerp is van hoofdstuk 9, wordt daar de noodzaak van de verwijzing achteraf volgens de patiënt beschreven.

In deze paragraaf worden het oordeel van de onafhankelijke artsen en het oordeel van de betrokken huisarts en specialist beschreven en met elkaar vergeleken.

Onafhankelijke beoordeling

Bij tweederde van de verwijzingen vindt een meerderheid van de onafhankelijke artsen de verwijzing nuttig, bij 12 % vindt een meerderheid de verwijzing niet nuttig en bij de overige 23 % vinden even veel artsen de verwijzing nuttig als niet nuttig.

De argumentatie voor het oordeel dat de verwijzing *achteraf* wel nuttig is geweest komt

sterk overeen met de argumentatie voor de noodzaak van de verwijzing op het moment van verwijzen. Meestal was de verwijzing nuttig, omdat de diagnose gesteld/bevestigd is (70 %, N=563). Het tweede argument is vaak dat een therapie is ingesteld (38 %). Een belangrijk argument voor een negatief oordeel over het nut van de verwijzing is dat de verwijzing geen verbetering van de diagnostiek of therapie heeft opgeleverd (38 %, N=208); de huisarts had het beter zelf kunnen doen (45 %). Evenals bij de argumentatie voor het niet noodzakelijk zijn van de verwijzing wordt nogal eens als tweede argument genoemd het risico op angstinductie en somatische fixatie (15 %).

Uit tabel 7.13 blijkt dat de onafhankelijke beoordelaars meer verwijzingen op T1 noodzakelijk vinden dan zij achteraf, na de informatie van de specialist, nuttig achten. In 70 % van de gevallen komt het oordeel op basis van de T1 informatie overeen met het oordeel na lezing van de T2 informatie.

Tabel 7.13 De samenhang tussen het onafhankelijke oordeel op T1 en T2 over respectievelijk de noodzaak en het nut van de verwijzing door de huisarts ¹⁾

noodzakelijk, T1	nuttig, T2			totaal
	ja	ja/nee	nee	
ja	143	34	10	187
ja/nee	14	16	5	35
nee	5	6	14	25
totaal	162	56	29	247

Chi²= 73.08, df=4, p<.001; Kendall's tau-(b)=.43

1) ja=meerderheid ja, nee=meerderheid nee, ja/nee=geen meerderheid voor ja of nee

Subjectieve beoordeling

De specialist vindt de verwijzing vaker noodzakelijk dan de huisarts (tabel 7.14).

Tabel 7.14 De mening van de specialist en de huisarts over de noodzaak van de verwijzing achteraf

specialist	(absoluut) noodz	huisarts		totaal
		deels wel deels niet noodz	(absoluut) niet noodz	
(absoluut) noodz	121	64	3	188
deels wel, deels niet noodz	29	40	13	82
(absoluut) niet noodz	7	6	1	14
totaal	157	110	17	284

Chi²= 31.45, df=4, p<.001; Kendall's tau-(b)=.26

Slechts weinig verwijzingen worden door de huisarts of de specialist niet noodzakelijk geacht. Tussen het oordeel van de specialist en de huisarts bestaat een zwakke samenhang. Vergelijking met het oordeel van de huisarts en de specialist op T1 laat zien dat er na afronding van de verwijzing meer samenhang tussen de oordelen is dan op T1. Voor zowel de huisartsen als de specialisten geldt dat men na afronding van de verwijzing minder verwijzingen noodzakelijk vindt dan op T1. Bij de specialist verandert relatief het minst.

De samenhang tussen de subjectieve en de onafhankelijke beoordeling

Een meerderheid van de onafhankelijke artsen komt vaker tot de conclusie dat de verwijzing achteraf niet nuttig is geweest dan de betrokken artsen (tabel 7.15 en 7.16). Er bestaat een zwakke samenhang tussen beide oordelen.

Tabel 7.15 De samenhang tussen de mening van de huisarts en de onafhankelijke artsen over de noodzaak c.q. het nut van de verwijzing achteraf.

onafhankelijk	(absoluut) noodz	huisarts		(absoluut) niet noodz	totaal
		deels wel deels niet noodz			
ja	102	55	4	161	
ja/nee	25	23	8	56	
nee	9	17	3	29	
totaal	136	95	15	246	

bij 52 % overeenstemming; $\chi^2 = 20.51$, $df=4$, $p<.001$; Kendall's tau-(b)=.24

1) ja=meerderheid ja, nee=meerderheid nee, ja/nee=geen meerderheid voor ja of nee

Tabel 7.16 De samenhang tussen de mening van de specialist en de onafhankelijke artsen over de noodzaak c.q. het nut van de verwijzing achteraf.

onafhankelijk	(absoluut) noodz	specialist		(absoluut) niet noodz	totaal
		deels wel deels niet noodz			
ja	115	37	6	158	
ja/nee	29	22	4	55	
nee	14	11	3	28	
totaal	158	70	13	241	

bij 58 % overeenstemming; $\chi^2 = 11.26$, $df=4$, $p=.02$; Kendall's tau-(b)=.20

1) ja=meerderheid ja, nee=meerderheid nee, ja/nee=geen meerderheid voor ja of nee

7.8 De verklaring van de doelmatigheid van het handelen van de specialist

7.8.1 De overeenstemming bedoeling huisarts-handelen specialist

INLEIDING

Bij de verklaring van de variantie in de overeenstemming tussen de bedoeling van de verwijzing en het handelen van de specialist is alleen gekeken naar de verwijzingen waarbij de huisarts een beperkte bedoeling heeft op diagnostisch en therapeutisch gebied en wat betreft de duur van de verwijzing. Het is niet zinvol de verwijzingen mee te nemen waarbij de huisarts de specialist vrij laat. Bij deze verwijzingen is immers geen variantie mogelijk in de overeenstemmingsmaat; er is per definitie overeenstemming.

Het aantal verwijzingen dat in de analyse is meegenomen is bij de overeenstemming op diagnostisch gebied 30, op therapeutisch gebied 44 en wat betreft de duur 105. Dit heeft vooral bij de analyse van de overeenstemming op diagnostisch en therapeutisch gebied als consequentie dat de power van de analyse zeer gering is en dat er nauwelijks meer sprake is van twee niveaus van variantie. De meeste specialisten zijn slechts met één verwijzing vertegenwoordigd (op diagnostisch gebied 90 % en op therapeutisch gebied 61 %). Daarom wordt de overeenstemming op diagnostisch en therapeutisch gebied met een ‘gewone’ logistische regressie geanalyseerd. De overeenstemming wat betreft de duur wordt wel met een multilevel logistische regressie geanalyseerd.

Omdat het al dan niet bestaan van overeenstemming voor een belangrijk deel wordt bepaald door het al dan niet vrijlaten van de specialist door de huisarts, wordt aan het einde van deze paragraaf nagegaan met welke variabelen de bedoeling van de huisarts samenhangt.

DE VERKLARENDE VARIABELEN

Bij de analyses voor het verklaren van de variantie in de doelmatigheid van het handelen van de specialist wordt gebruik gemaakt van de typering van de klacht op basis van de huisartsen- en specialisteninformatie. Dit in tegenstelling tot de analyses van de doelmatigheid van het handelen van de huisarts en de kwaliteit van de verwijfsbrief, waar de klachtentyping plaatsvond op basis van alleen huisartseninformatie. De samenhang tussen de verwijzingsspecifieke verklarende variabelen is te lezen in tabel IX.3 in bijlage IX. De samenhang tussen de niet-verwijzingsspecifieke verklarende variabelen (de specialistenkenmerken) is besproken in hoofdstuk 4, paragraaf 5.

Tabel 7.17 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist (Pearson's R)

	op diagnostisch gebied (n=30)	op therapeutisch gebied (n=44)	wat betreft de duur (n=105)
<i>niet verwijzingsspecifiek</i> (specialistenkenmerken)			
praktijkervaring als gereg.spec.	.08	.04	.06
specialisme ¹⁾	.05	.00	<u>.33</u>
type ziekenhuis ²⁾	.09	-.07	.08
taakopvatting uitspraken ³⁾	.02	.21	.18
taakopvatting diagnostiek ⁴⁾	.04	.23	.01
taakopvatting therapie ⁴⁾	.29	.20	<u>.29</u>
<i>verwijzingsspecifiek</i>			
ernst klachten	-.28	-.12	*-.19
aard klachten	*.45	<u>-.51</u>	<u>-.31</u>
afstand patiënt tot ziekenhuis	.06	.09	.16
beleidsmotief vrees specialist ⁵⁾	-.35	.12	-.09
beleidsmotief wensen patiënt ⁵⁾	-.18	.00	*-.24
beleidsmotief gerustst. patiënt ⁵⁾	-.10	.16	.06
intensiteit (werk)relatie ha-sp	.20	.05	-.05

* betekent $p < .05$, enkel onderstreept $p < .01$ en dubbel onderstreept $p < .001$

- 1) 1=neurologie, 0=interne geneeskunde en dermatologie
- 2) 1= <250 bedden, 0= >250 bedden
- 3) n=29 (diagn), n=43 (ther)
- 4) n=25 (diagn), n=36 (ther)
- 5) 1=ja, 0=nee

DE VERKLARENDE ANALYSE

In tabel 7.18 is de uitkomst van de logistische regressie op diagnostisch gebied weergegeven. Bij 67 % van de verwijzingen is er overeenstemming. Met behulp van de twee in de tabel opgenomen variabelen kan in 87 % van de gevallen juist worden voorspeld of er overeenstemming is. Dit is een verbetering van 20 %. Bij minder problematische klachten (d.w.z. de klacht is beter behandelbaar en diagnostiseerbaar en psychosociale factoren spelen een geringe rol) is er vaker overeenstemming op diagnostisch gebied. Bij ernstiger klachten is er minder vaak overeenstemming.

Tabel 7.18 Logistische regressie van de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts op diagnostisch gebied en het specialistisch handelen (n=30)

	B	SE	R	significantie (Wald)
aard klachten	4.17	1.57	.36	<.01
ernst klachten	-4.74	2.21	-.26	<.05

Bij de logistische regressie van de overeenstemming op therapeutisch gebied (tabel 7.19) komen dezelfde twee variabelen naar voren als op diagnostisch gebied. De invloed van de twee variabelen is echter omgekeerd. Dit bleek ook al uit tabel 7.17.

Bij 50 % van de in de analyse betrokken verwijzingen bestaat overeenstemming. Met behulp van de variabelen aard en ernst van de klachten kan bij 77 % van verwijzingen de overeenstemming juist worden voorspeld, een verbetering van 27 %.

Tabel 7.19 Logistische regressie van de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts op therapeutisch gebied en het specialistisch handelen (n=44)

	B	SE	R	significantie (Wald)
aard klachten	-2.69	.83	-.37	<.01
ernst klachten	1.67	.82	.18	<.05

Bij de multilevel logistische regressie van de overeenstemming wat betreft de duur blijkt dat door het opnemen van de twee niet-verwijzingsspecifieke variabelen 'specialisme' en 'taakopvatting therapie' de variantie op het specialistenniveau verklaard kan worden. Dit betekent dat de analyse vervolgens verder met een 'gewone' logistische regressie uitgevoerd kan worden; er is immers geen variantie op het tweede (specialistische) niveau meer te verklaren.

Bij 71 % van de verwijzingen is overeenstemming; met de in tabel 7.20 opgenomen variabelen wordt bij 78 % van de verwijzingen juist voorspeld of er overeenstemming is. Dit is een verbetering van 7 %.

Bij de neurologie is vaker overeenstemming dan bij de andere specialismen en als de specialist de huisarts op therapeutisch gebied een bredere taak toekent is er vaker overeenstemming. Verder blijkt dat bij problematischer klachten er vaker overeenstemming is wat betreft de duur.

Tabel 7.20 Logistische regressie van de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts wat betreft de duur en het specialistisch handelen (n=105)

	B	SE	R	significantie (Wald)
<i>niet-verwijzingsspecifiek</i>				
specialisme ¹⁾	2.81	1.08	.20	<.01
taakopvatting therapie	.42	.18	.16	<.05
<i>verwijzingsspecifiek</i>				
aard klachten	-1.40	.44	-.26	<.01

1) 1=neurologie, 0=interne geneeskunde en dermatologie

Deze paragraaf wordt afgesloten met een analyse van de variabelen waarmee de bedoeling van de huisarts samenhangt (gedichotomiseerd in ‘de specialist is vrij’ en ‘de specialist is niet vrij’). In hoofdstuk 5 (en in bijlage IX) is de samenhang tussen de bedoeling en andere verwijzingsspecifieke variabelen besproken; de samenhang met huisartskenmerken is met de multilevel analyse geanalyseerd.

Op diagnostisch gebied laat de huisarts de specialist vaker vrij als vrees iets over het hoofd te zien een rol heeft gespeeld bij de verwijsbeslissing.

Op therapeutisch gebied laat de huisarts de specialist minder vaak vrij als druk van de patiënt een rol heeft gespeeld bij de verwijsbeslissing. Verder blijkt dat huisartsen met een bredere taakopvatting (uitsprakenschaal) de specialist minder vaak vrij laten.

De bedoeling *wat betreft de duur* hangt met meerdere verwijzingsspecifieke variabelen samen. Bij jongere patiënten en bij patiënten die al vaker de huisarts hebben bezocht of bij wie de huisarts al een therapie heeft gegeven, wil de huisarts vaker dat de specialistische zorg zich tot 1 à 2 bezoeken beperkt. Ook als geruststelling van de patiënt een belangrijke rol heeft gespeeld wil de huisarts een specialistische zorg van beperkte duur. Als vrees van de huisarts iets over het hoofd te zien echter een belangrijke rol heeft gespeeld, laat de huisarts de specialist vaker vrij de duur van te bepalen. De huisarts laat de specialist ook vaker vrij bij verwijzingen naar kleine ziekenhuizen en als hij weet welke specialist de patiënt zal bezoeken.

Tot slot blijkt dat huisartsen met een brede taakopvatting (uitsprakenschaal) vaker willen dat de specialist de duur beperkt, dan huisartsen met een smalle taakopvatting.

Resumerend blijkt de bedoeling van de verwijzing van de huisarts vooral samen te hangen met de verwijzsmotieven en de taakopvatting van de huisarts.

7.8.2 De doelmatigheidsscore voor het handelen van de specialist

DE VERKLARENDE VARIABELEN

De verklarende variabelen zijn opgenomen in tabel 7.21 op de volgende pagina.

DE VERKLARENDE ANALYSE

De gemiddeld score op de doelmatigheidsschaal is 8.2. De variantie in de doelmatigheidsscore bevindt zich voor 9 % op het specialistenniveau. Bij de multilevel analyse draagt alleen het specialisme significant bij aan de verklaring van de variantie (ruwe regressiecoëfficiënt=.657, gest. regressiecoëfficiënt=.18, $p < .05$). Het handelen van neurologen krijgt gemiddeld een hogere doelmatigheidsscore dan het handelen van internisten en dermatologen. De verklaarde variantie is 3 %.

Tabel 7.21 De samenhang tussen de verklarende variabelen en de doelmatigheidsscore voor het handelen van de specialist (N=247)

	Pearson's R
<i>niet verwijzingsspecifiek (specialistenkenmerken)</i>	
praktijkervaring als geregistreerd specialist	-.11
specialisme ¹⁾	.11
type ziekenhuis ²⁾	-.08
taakopvatting uitspraken ³⁾	.09
taakopvatting diagnostiek ⁴⁾	.06
taakopvatting therapie ⁴⁾	.10
<i>verwijzingsspecifiek</i>	
ernst klachten	-.05
aard klachten	.06
afstand patiënt tot ziekenhuis	.09
beleidsmotief vrees specialist ⁵⁾	-.07
beleidsmotief wensen patiënt ⁵⁾	-.03
beleidsmotief gerustst. patiënt ⁵⁾	-.01
intensiteit werkrelatie ha-sp	-.05

1) 1=neurologie, 0=interne geneeskunde en dermatologie

2) 1= <250 bedden, 0= >250 bedden

3) N=230

4) N=205

5) 1=ja, 2=nee

7.9 **Samenvatting en beschouwing**

Samenvatting

DE VERKLARENDE VARIABELEN

In de loop van het verwijzingsproces (T1-T2) neemt de ernst van de klachten af; de aard van de klachten blijft gelijk.

Volgens de specialist wordt zijn beleid zowel beïnvloed door vrees iets over het hoofd te zien als geruststelling van de patiënt en door de patiënt geuite wensen.

DE VERRICHTINGEN VAN DE SPECIALIST

Het aanvullend onderzoek, dat bij 9 van de 10 verwijzingen door de specialist is verricht, verschilt sterk per specialisme. De dermatologen verrichten gemiddeld bijna 2 onderzoeken, de neurologen gemiddeld bijna 4 en de internisten gemiddeld ruim 14. Bij ruim een kwart van de verwijzingen is onderzoek, dat door de huisarts is gedaan, door de specialist herhaald. Meestal betreft het Hb en BSE. Van al het door de specialist verrichte onderzoek was 9 % ook al door de huisarts uitgevoerd.

De meest voorkomende therapie van de specialist is het voorschrijven van geneesmiddelen, maar ook relatief frequent een verhelderend/steunend gesprek, leefregels of een dieet. Bij de dermatologie wordt vrijwel bij iedere verwijzing een therapie gegeven,

terwijl bij de internistische verwijzingen bij een kwart geen therapie wordt gegeven.

DE DOELMATIGHEID VAN HET SPECIALISTISCH HANDELEN

De *overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist* is groot, omdat de huisarts de specialist bij een grote meerderheid van de verwijzingen vrij laat het beleid te bepalen; er is dan per definitie overeenstemming. Als alleen gekeken wordt naar de verwijzingen waarbij de huisarts een beperkte bedoeling heeft, is er op diagnostisch gebied bij 37 % van de verwijzingen overeenstemming, op therapeutisch bij 57 % en wat betreft de duur bij 69 %. Het ontbreken van overeenstemming betekent vrijwel altijd dat de specialist te veel heeft gedaan.

De betrokken huisarts en specialist zijn, zowel wat betreft de diagnostiek als de therapie, bij ongeveer driekwart van de verwijzingen beiden van mening dat het handelen van de specialist overeenstemt met de bedoeling van de huisarts.

Bij de onafhankelijke beoordeling van het *handelen van de specialist op vijf aspecten* wordt een relatief hoge score voor de doelmatigheid gegeven. Het aspect dat de meeste kritiek krijgt is de diagnostiek van de specialist. Bij 59 % van de verwijzingen vindt de helft of een meerderheid van de beoordelaars de diagnostiek onjuist. De kritiek is even vaak dat de specialist meer diagnostiek had kunnen doen als dat hij minder had kunnen doen. Het onderzoek dat de specialist volgens de onafhankelijke artsen meer of minder had kunnen doen is zeer divers en strekt zich uit over het gehele specialistische spectrum. In vergelijking met de beoordeling van het handelen van de huisarts is bij de specialist slechts weinig commentaar op de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Het belangrijkste argument voor het oordeel dat de specialist onderzoek achterwege had kunnen laten is dat het onderzoek irrelevant geacht wordt, omdat een relatie met de klachten niet aannemelijk is. Meer diagnostisch resultaat wordt het meest frequent als argument genoemd waarom de specialist meer onderzoek had kunnen doen. Aan de juistheid van de diagnostische conclusies van de specialist wordt maar bij een gering aantal verwijzingen getwijfeld.

De kritiek op de therapie is bij de specialist aanzienlijk geringer dan bij de huisarts (bij 70 % van de verwijzingen geen kritiek). Als men kritiek heeft op de therapie betekent dit meestal dat men van mening is dat de specialist méér had kunnen doen. De kritiek op de therapie van de specialist richt zich hoofdzakelijk op de medicatie. 'De klacht rechtvaardigt de therapie niet' is het meest frequent genoemde argument waarom de specialist therapie achterwege had kunnen laten. Het belangrijkste argument waarom de specialist meer had kunnen doen is dat de therapie de gezondheidstoestand/prognose van de patiënt zou hebben verbeterd.

Bij 17 % van de verwijzingen is een meerderheid van de onafhankelijke beoordelaars het niet eens met de duur van de specialistische zorg; meestal vindt men dat de patiënt te lang onder specialistische controle blijft.

Het laatste aspect waarop de doelmatigheid van het handelen van de specialist is beoordeeld, het beantwoorden van de vraag van de huisarts, krijgt bij minder dan 10 % van de verwijzingen kritiek.

In vergelijking met het onafhankelijke oordeel hebben de betrokken huisarts en specialist weinig kritiek op de diagnostiek van de specialist; de kritiek van de betrokken specialist

en huisarts komt nauwelijks met elkaar overeen. De therapie is niet door de betrokkenen beoordeeld. De huisartsen twijfelen het meest frequent over de noodzaak van de continuering van de specialistische zorg, terwijl patiënten juist vaker vinden dat ze onterecht uit de specialistische zorg zijn ontslagen.

HET NUT VAN DE VERWIJZING ACHTERAF

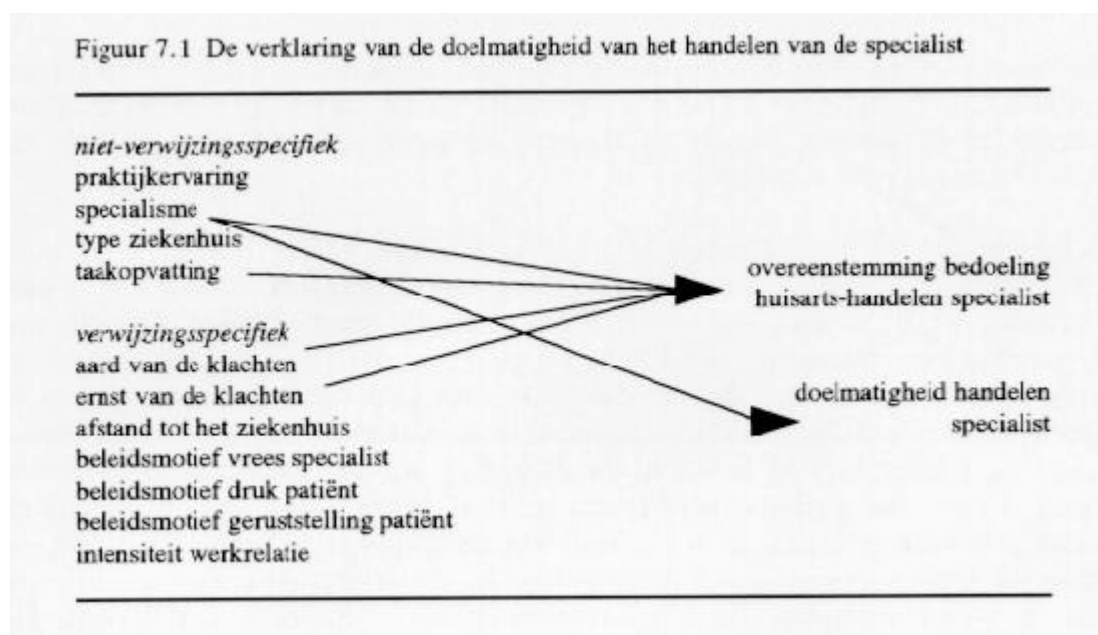
Tweederde van de verwijzingen wordt achteraf door een meerderheid van de onafhankelijke beoordelaars nuttig geacht. Meestal vindt men de verwijzing nuttig, omdat de diagnose gesteld/bevestigd is. Het tweede argument is vaak dat een therapie is ingesteld. Een belangrijk argument voor een negatief oordeel over het nut van de verwijzing is dat de verwijzing geen verbetering van de diagnostiek of therapie heeft opgeleverd; de huisarts had het beter zelf kunnen doen. Het oordeel achteraf komt in 70 % van de gevallen overeen met het oordeel op T1. Op T2 worden minder verwijzingen nuttig geacht dan op T1 noodzakelijk werd geacht. De betrokken huisarts en specialist achten achteraf meer verwijzingen noodzakelijk dan de onafhankelijke artsen.

DE VERKLARING VAN DE DOELMATIGHEID VAN HET HANDELEN VAN DE SPECIALIST

De verklaring van de doelmatigheid is samengevat in figuur 7.1. De variantie in de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist is gering. Vrijwel altijd is er overeenstemming, omdat de huisarts de specialist meestal vrij laat het beleid te bepalen.

Uit de analyse van de verwijzingen waarbij de huisarts een beperkte bedoeling heeft komt naar voren dat de aard en de ernst van de klachten voor een deel het al dan niet optreden van overeenstemming op diagnostisch en therapeutisch gebied verklaren. Het al dan niet optreden van overeenstemming wat betreft de duur van de specialistische zorg wordt ook deels door de aard van de klachten verklaard. Hier blijken echter ook de specialistenkenmerken ‘specialisme’ (neurologie t.o.v. interne geneeskunde en dermatologie) en ‘taakopvatting’ (therapie aandoeningen) bij te dragen aan de verklaring. Omdat het al dan niet bestaan van overeenstemming voor een belangrijk deel wordt bepaald door het al dan niet vrijlaten van de specialist door de huisarts is nagegaan waarmee de bedoeling van de huisarts samenhangt. Als druk of geruststelling van de patiënt belangrijke verwijsmotieven voor de huisarts waren, laat hij de specialist minder vaak vrij; als de huisarts bang is iets over het hoofd te zien laat hij de specialist juist vaker vrij. Ook als de huisarts een brede taakopvatting heeft laat hij de specialist minder vaak vrij.

De variantie in de onafhankelijke doelmatigheidsscore voor het handelen van de specialist wordt voornamelijk bepaald door de omstandigheden van de verwijzing; slechts een gering deel hangt af van de specialist. Alleen het specialisme (neurologie t.o.v. interne geneeskunde en dermatologie) draagt significant bij aan de verklaring van de variantie; de verklaarde variantie is gering.



Beschouwing

Het gemiddeld aantal aanvullende onderzoeken verschilt sterk tussen de specialismen. Bij het specialisme met het gemiddeld laagste aantal aanvullende onderzoeken - de dermatologie - wordt echter nog meer gedaan dan door de huisarts. Dit heeft te maken met de verschillen tussen de werkstijlen van huisarts en specialist. Van de specialist wordt een grote diagnostische zekerheid verwacht. Dit brengt met zich mee dat de specialist vaker dan de huisarts iets 'te veel' doet. De huisarts krijgt echter even vaak als de specialist kritiek op de doelmatigheid van de diagnostiek, maar de huisarts heeft meestal 'te weinig' diagnostiek gedaan.

De verschillen in het aantal behandelingen tussen de specialisten en de huisartsen zijn gering. Dit sluit aan bij de bevindingen van Gerritsma en Smal, die concluderen dat huisartsen en internisten op het gebied van begeleiding, advisering en therapeutische ingrepen even uitgebreid zijn.¹

De doelmatigheid van het handelen van de specialist wordt door onafhankelijke artsen over het algemeen positief beoordeeld. De gemiddelde doelmatigheidsscore is hoger dan bij de huisarts. Toch is er in ons onderzoek meer kritiek op doelmatigheid van het handelen van de specialist dan in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert.³ Dit geldt zowel voor de diagnostiek, de therapie als de duur van de specialistische zorg. De verdeling van de aard van de kritiek, in de zin van te veel of te weinig diagnostiek of therapie en te kort of te lang onder behandeling, komt wel overeen. De beoordeling van de diagnostische conclusies en het beantwoorden van de vraag van de huisarts komen redelijk overeen.

Dat de specialisten in ons onderzoek meer kritiek krijgen dan de specialisten in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert valt niet te verklaren door het feit dat zij alleen

het handelen van internisten hebben onderzocht, terwijl in ons onderzoek ook dermatologen en neurologen zijn betrokken. Het blijkt dat internisten (en dermatologen) in ons onderzoek juist wat vaker kritiek krijgen dan de neurologen.

Op het nut van de verwijzing door de huisarts achteraf is in ons onderzoek juist wat minder kritiek dan in het onderzoek van Grundmeijer en van Weert. In beide onderzoeken worden verwijzingen nuttig gevonden, omdat de diagnose is bevestigd of uitgesloten of omdat een therapie is ingesteld. Als de verwijzing niet nuttig wordt gevonden is dit meestal, omdat de huisarts het beter zelf had kunnen doen, de specialist kan niet veel toevoegen.

Het tweede aspect van de doelmatigheid van het handelen van de specialist, namelijk de overeenstemming hiervan met de bedoeling van de huisarts, is nog niet eerder onderzocht. In de 'wandelingen' wordt echter op dit aspect van het handelen van de specialist door huisartsen nogal eens kritiek geuit. De resultaten van dit proefschrift laten met name zien dat de huisarts de specialist meestal vrijlaat. Dit is in tegenspraak met wat de huisartsen aangeven in de taakopvattingsschalen. Zij geven namelijk aan meer invloed te willen uitoefenen op wat er met verwezen patiënten gebeurt; zij zien de specialist in de eerste plaats als de consulent van de huisarts en zij zijn niet bang (te) veel op het terrein van de specialist te komen. Houding en gedrag ten aanzien van verwezen patiënten zijn bij de meeste huisartsen dus niet met elkaar in overeenstemming. Dit komt overeen met de bevindingen van Kersten, die stelt dat huisartsen slechts in beperkte mate daadwerkelijk pogingen doen om invloed uit te oefenen in de tweedelijns.²

De discrepantie tussen houding en gedrag zou te maken kunnen hebben met slechte ervaringen van de huisarts. De meeste huisartsen willen wel meer invloed in de tweedelijns, maar de ervaring heeft geleerd dat de specialist toch geen rekening houdt met hun wensen en daarom geven zij de specialist maar de vrije hand. Uit het onderzoek blijkt immers dat, als de huisarts graag wil dat de specialist zich beperkt in zijn handelen, de specialist dit vaak niet doet.

Het subjectieve oordeel over het handelen van de specialist (door de huisarts en specialist) komt maar in geringe mate overeen met de onafhankelijke/objectieve beoordeling. In hoofdstuk 3 is aangegeven dat de onafhankelijke/objectieve beoordelingen als kwaliteitsaspect worden gebruikt. Bij de subjectieve beoordelingen zouden te veel ongewenste contextuele factoren, zoals de relatie tussen de huisarts en de specialist, een rol spelen. Deze aanname wordt in dit hoofdstuk bevestigd. Het subjectieve oordeel over de overeenstemming tussen bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist hangt samen met de werkrelatie tussen de betrokken huisarts en specialist. Het oordeel over de diagnostiek van de specialist hangt samen met de taakopvatting van de betrokken huisarts en specialist.

Omdat de huisarts de specialist meestal vrij laat het beleid te bepalen is de variantie in de overeenstemming tussen de bedoeling van de huisarts en het handelen van de specialist beperkt. Bij de verklaring van de variantie in de overeenstemming bij de verwijzingen waarbij de huisarts een beperkte bedoeling heeft is de power van de analyse gering, ten gevolge van het geringe aantal in de analyse betrokken verwijzingen.

De variantie in de score op de doelmatigheidsschaal voor het handelen van de specialist

kan slechts voor 3 % verklaard worden. Een oorzaak hiervoor kan zijn dat de variantie in de score voor een deel een gevolg is de lage interbeoordelaarsovereenstemming bij de beoordeling van de doelmatigheid. Dit kwam ook bij de analyses in hoofdstuk 5 en 6 al naar voren. In hoofdstuk 11 wordt hierop teruggekomen.

Literatuur

1. Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist; een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1982. Proefschrift.
2. Kersten TJMT. De invloed van huisartsen in de tweedelij. Utrecht: Nivel, 1991. Proefschrift.
3. Grundmeijer H, Weert H van. Patiënt, huisarts en internist. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992. Proefschrift.